

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO VIA DE ARTICULAÇÃO DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO NORDESTE
DE MINAS GERAIS, COM A REDE INTERSETORIAL**

**TEÓFILO OTONI
2017**

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

LARA VIANA ANDRADE

TATHIANE HONÓRIO SCHÜFFNER

THALITA GUIMARÃES XAVIER

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO VIA DE ARTICULAÇÃO DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO NORDESTE
DE MINAS GERAIS, COM A REDE INTERSETORIAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Psicologia
das Faculdades Unificadas de Teófilo
Otoni, como requisito parcial para a
obtenção do grau de bacharel em
Psicologia. Orientado pelo Prof. Carlos
Roberto Schütte Junior.**

**Área de concentração: Psicologia
Social
Orientador: Carlos Roberto Schütte
Junior**

TEÓFILO OTONI

2017



FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

O trabalho de Conclusão de Curso intitulado PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO VIA DE ARTICULAÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DO NORDESTE DE MINAS GERAIS, COM A REDE INTERSETORIAL, elaborado pelas alunas Lara Viana Andrade, Tathiane Honório Schüffner e Thalita Guimarães Xavier foram aprovadas por todos os membros da banca examinadora e aceita pelo curso de Psicologia das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni como requisito parcial para a obtenção do título de

BACHAREL EM PSICOLOGIA

Teófilo Otoni, 14 de dezembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador: Carlos Roberto Schütte Junior

Examinador

Examinador

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossas vidas, nosso guia, socorro presente nas horas da angústia, aos nossos pais, familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que acima de todas as coisas nos deu força durante toda esta caminhada.

Aos nossos pais, que sempre nos deu apoio incondicional, amor e incentivo.

Ao nosso orientador, o professor Carlos Schütte, por ter nos guiado sempre pelo caminho correto, com paciência, sabedoria e dedicação.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o nosso sucesso, muito obrigada!

Deem graças ao Senhor, porque Ele é bom; O seu amor dura para sempre!

Salmos 136:1

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ARCT - Atenção Residencial de Caráter Transitório

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado a População de Rua

CEO - Centro Especializado Odontológico

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CR - Consultório na Rua

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRP - Conselho Regional de Psicologia

CVV – Centro Viva Vida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MG – Minas Gerais

MP – Ministério Público

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA - Narcóticos Anônimos

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAIF - Proteção e Atenção Integral à Família

PM – Polícia Militar

PS – Pronto Socorro

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RT – Residências Terapêuticas

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Amostra de pacientes ativos e inativos.....	31
Gráfico 2- Quantidade de pacientes cadastrados por ano na unidade.....	32
Gráfico 3- Quantidade de usuários que contém o PTS no prontuário.....	33
Gráfico 4- Especificidade dos usuários do CAPS/AD de acordo com a idade e a droga consumida.....	34
Gráfico 5- Disposição dos serviços mais acionados pelo CAPS/AD, como forma de articulação com a rede e assistência ampliada ao usuário.....	36
Tabela 1- Percentual Masculino quanto a escolaridade, estado civil e substancias psicoativas.....	38
Tabela 2- Percentual Feminino quanto a escolaridade, estado civil e substancias psicoativas.....	39

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo oportunizar uma discussão sobre as ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) situado no Nordeste de Minas Gerais, através da análise do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Como forma de ampliar o conhecimento e configuração de um espaço de acolhimento e articulação, baseados na gama de atendimentos e especialidades em um determinado território. Optou-se por desenvolver uma pesquisa qualitativa, apresentando através do PTS a relação do CAPS/AD com a rede intersetorial, bem como uma discussão acerca das ações desenvolvidas e sua ligação com tais dispositivos. Quanto ao desenvolvimento utilizou-se uma abordagem quantitativa como forma de verificar quais são os serviços que o CAPS/AD estabelece conexão e os fatores que interferem na qualidade dessa articulação. Apresentando como resultado uma deficiência na construção do projeto, voltada à responsabilização do usuário pelo seu tratamento, da família como incentivadora, e da dificuldade da equipe em estabelecer reuniões para discussão dos casos e planejamento das ações. Considera-se de suma importância compreender a construção do PTS como efetiva integração dos saberes multiprofissionais, firmando compromisso quanto aos direitos dos usuários das políticas públicas, humanização das práticas assistenciais e da importância da reintegração e autonomia do indivíduo na sociedade.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. Saúde Mental. Rede Intersetorial. Intersetorialidade. Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

The objective of this study is to discuss the actions developed at the Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs (CAPS / AD) located in the Northeast of Minas Gerais, through the analysis of the Unique Therapeutic Project (PTS). As a way to expand the knowledge and configuration of a space of reception and articulation, based on the range of attendances and specialties in a given territory. It was decided to develop a qualitative research, presenting through the PTS the relationship between the CAPS / AD and the intersectoral network, as well as a discussion about the actions developed and their connection with such devices. With regard to development, a quantitative approach was used as a way to verify which services CAPS / AD establishes connection and factors that interfere in the quality of this articulation. As a result, there is a deficiency in the construction of the project, focused on the responsibility of the user for their treatment, the family as an incentive, and the difficulty of the team in establishing meetings for discussion of cases and planning of actions. It is considered of supreme importance to understand the construction of the PTS as an effective integration of multiprofessional knowledge, signing a commitment on the rights of users of public policies, humanization of care practices and the importance of reintegration and autonomy of the individual in society.

Key-Works: Center for Psychosocial Care Alcohol and Drugs. Mental health. Intersectoral Network. Intersectoriality. Unique Therapeutic Project.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEORICO	15
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	15
2.2 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	16
2.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	16
2.3 REDE INTERSETORIAL	18
2.3.1 Serviços Envolvidos na Rede Intersectorial	19
2.3.2 Intersetorialidade.....	24
2.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	25
3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA	27
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	27
3.1.1 Questões éticas da pesquisa	27
3.2 CARACTERIZAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DO LOCAL E MATERIAL DA PESQUISA	28
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	28
3.4 MÉTODOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS USUÁRIOS ATIVOS E INATIVOS QUANTO AO ANO DE ENTRADA NO SERVIÇO	31
4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DO PTS E DA ARTICULAÇÃO COM A REDE INTERSETORIAL	33
4.3 ANÁLISE QUANTITATIVA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM RELAÇÃO A IDADE	34
4.4 ANÁLISE DOS SERVIÇOS QUE APRESENTAM MAIS ARTICULAÇÃO COM UM CAPS/AD DO NORDESTE DE MINAS GERAIS	35
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO	49
APÊNDICE B - FORMULÁRIO	51
ANEXO 1 – MODELO PADRÃO DO PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR	53

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como foco o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento de planejamento de ações assistenciais em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) que visa apresentá-lo como uma estratégia política de reintegração social, adjunto a verificação do PTS e suas articulações. Em razão disso é feita a pergunta: Através da análise do Projeto Terapêutico Singular, como se configuram as ações de articulação de um CAPS/AD, situado no Nordeste de Minas Gerais, com a rede intersetorial?

O movimento antimanicomial surge com a perspectiva de acabar com o tratamento asilar e a instalação de uma luta contínua a favor dos direitos dos pacientes psiquiátricos, que logo após reflete na construção de um modelo substitutivo ao modelo hospitalocêntrico surge então, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), exercendo assim o despertamento dos serviços de atenção.

Dessa forma, o CAPS conquistou um espaço de acolhimento e articulação, buscando o atendimento amplo aos usuários baseados nas necessidades individuais, promoção de reintegração social, reestruturação dos vínculos afetivos além de ampliar o leque de atendimentos e especialidades em um determinado território, disponibilizando uma maior assistência clínica, e promoção da qualidade de vida.

O projeto dos CAPS vai além de uma estrutura física, pois suas ações estão diretamente ligadas a busca da rede de serviços que englobam as necessidades do sujeito, promovendo trocas sociais, vínculos afetivos e uma nova significação individual e social.

Com isso, o CAPS/AD é criado para garantir uma maior assistência aos pacientes em sofrimento psíquico decorrentes do uso de Álcool, crack e outras drogas, fornecendo atendimento multiprofissional baseado na política de redução de danos e no fortalecimento e construção de laços sociais, e responsabilização quanto ao tratamento.

Como instrumento norteador das possíveis ações desenvolvidas acerca da individualidade, utiliza-se o Projeto Terapêutico Singular, deixando de olhar apenas para o diagnóstico do usuário e com isso voltar suas atenções em um trabalho de acolhimento, humanizado e pautado na produção de autonomia, favorecendo uma ampliação das assistências necessárias a cada indivíduo.

A rede desempenha um olhar integral, voltado ao cuidado e atendimento às necessidades que envolvem o sujeito, em forma de garantia dos direitos e de maior qualidade de vida. O trabalho pautado na articulação entre os serviços da rede produz mais eficácia direta quanto ao tratamento dos usuários, pois conseguem estabelecer uma maior conexão e atingir níveis maiores de assistência. O fundamental é que ao pensar em rede visualiza-se uma conexão, ou seja, uma ligação entre diversos pontos, sendo esse o verdadeiro significado da palavra, uma conexão entre serviços e órgãos

Tendo em vista a necessidade de conhecer a implementação de ações em saúde baseadas nos graus de complexidade das intervenções, visa oferecer ao usuário uma saúde integral, em seu território. Considera-se que o trabalho da saúde mental está ligado diretamente ao bom funcionamento da rede, e que possa estabelecer uma articulação de forma segura, garantindo ao indivíduo qualidade e eficácia em seu tratamento.

Baseando-se nisso, o objetivo da pesquisa é oportunizar uma discussão sobre a articulação de um CAPS/AD, situado no Nordeste de Minas Gerais, com outros serviços da rede intersetorial através da análise dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), bem como salientar a importância da articulação entre os serviços.

Através da pesquisa realizada será demonstrado a importância do devido funcionamento articulado entre o CAPS/AD e a Rede intersetorial, caracterizando as ações desenvolvidas por cada serviço existente no Nordeste de Minas Gerais e no desenvolvimento do PTS.

Por fim demonstraremos quais foram os resultados encontrados através da análise dos PTS e discutiremos os resultados obtidos, explanando os dados encontrados na unidade e relacionando os fatores em destaque.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 Reforma Psiquiátrica

Na década de 70 a saúde mental no Brasil, foi marcada pelo modelo manicomial baseado na precariedade das instituições. O sistema estava totalmente comprometido, e os pacientes internados a força eram submetidos a torturas, ao frio, a fome, a violência, a doenças e ao negligenciamento de atendimentos médicos e medicamentosos em hospitais psiquiátricos.

Com o objetivo de construir um ambiente de luta não-institucional, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) teve participação importante na trajetória da reforma psiquiátrica, pois fez denúncias das irregularidades das instituições, das condições precárias de trabalho e da falta de preparação dos funcionários, que refletia diretamente no tratamento dos pacientes.

Promovendo diversos eventos voltados a formação em Recursos humanos, melhores condições de atendimento e melhoria salarial. Também contando com a participação dos psicólogos que lutaram por uma maior assistência ao portador de transtorno mental.

Para Ribeiro (1999, p. 29) “não é possível isolar a História da Psicologia no Brasil da História da Psiquiatria, o que vem a reforçar o ponto de vista da interdisciplinaridade em Saúde Mental”.

No contexto de uma sociedade sem manicômios, no modelo assistencial como uma proposta substitutiva à institucionalização, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. Que teve uma grande influência para o surgimento de outros serviços de atenção em todo o país (AMARANTE, 2010, p. 88).

Pautado na instauração efetiva de assistência humanizada, os CAPS devem estar conectados com os serviços e suas multifaces, pois através daí surgem possibilidades de intervenções com eficácia, e objetivos terapêuticos e assistenciais capazes de tornar o indivíduo protagonista de sua vida.

2.2 Centro de Atenção Psicossocial

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, como parte de movimento que visava uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais que eram atendidos em situações precárias e desumanas. Os CAPS foram criados como serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico (centrado na internação de pacientes que de alguma forma atrapalhavam o funcionamento da família ou sociedade), regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Dessa forma, os CAPS passaram a configurar um espaço de acolhimento e articulação, ampliando o leque de atendimentos e especialidades em um determinado território, disponibilizando uma maior assistência clínica, reintegração social e promoção da qualidade de vida. O projeto do CAPS vai além de uma estrutura física, pois suas ações estão diretamente ligadas a busca da rede de serviços que englobam as necessidades do sujeito, promovendo trocas sociais, vínculos afetivos e uma nova significação individual e social.

Scheffer e Silva (2014, p.372) apontam “o CAPS como um importante coordenador da rede e um apoiador da gestão, tendo impasses com outras redes sociais e outros setores vinculados na sociedade”, sendo também um dispositivo que trabalha como a porta de entrada da rede. As modalidades de atendimento, no CAPS constituem um universo de prática destinado a dar suporte ao paciente em crise, envolvendo não só o tratamento clínico, mas uma compreensão da situação que o circunda, com intervenções cujo objetivo é assegurar sua reintegração no contexto social e familiar.

2.1.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Considerando o elevado nível de substâncias prejudiciais utilizadas, e a deficiência relacionada a serviços especializados na saúde pública, instaurou a necessidade do despertar de ações voltadas para o tratamento e responsabilização do indivíduo quanto ao uso. Dessa forma, foi instituído um serviço público com o objetivo de oferecer aos dependentes de substâncias, um tratamento voltado a diminuição ou rompimento quanto ao uso, em busca de melhor qualidade de vida e saúde.

O CAPS/AD foi criado então, como forma de oferecer diariamente aos pacientes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, atendimento voltado a política de redução dos danos, como forma de reduzir as consequências decorrentes do uso de substâncias tanto para o indivíduo quanto para a família e sociedade no qual ele pertence.

De acordo com Alverga e Dimenstein (2006, p.301) “os CAPS são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, devendo oferecendo atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo.”

No qual através do atendimento organizado de acordo a cada indivíduo, desenvolve ações em níveis: intensivo no qual o indivíduo comparece na unidade para realização de atividades terapêuticas por três ou mais vezes na semana, o semi-intensivo faz o acompanhamento semanalmente por uma ou duas vezes e o não intensivo comparece apenas para atendimentos médicos, ou psicológicos, marcados de acordo a necessidade e atenção prestada.

Conforme Azevedo e Miranda (2010):

Um CAPS ad tem por finalidade proporcionar atendimento à população, respeitando-se a adstrição do território, oferecendo-lhe atividades terapêuticas e preventivas, tais como: atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciamento dos casos, oferecendo cuidados personalizados; condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem; cuidados aos familiares dos usuários dos serviços e ações junto aos usuários e familiares, para os fatores de proteção do uso e da dependência de substâncias psicoativas. (AZEVEDO; MIRANDA, 2010, p. 57).

O tratamento realizado no CAPS/AD é pautado na redução dos riscos, com o objetivo de aumentar a responsabilização quanto ao tratamento e liberdade em uma unidade de portas abertas, levando em consideração todos os processos dessa diminuição do consumo e trabalhando com um projeto terapêutico feito para cada indivíduo como forma de ter um maior controle da evolução clínica.

A redução de danos passou a ser adotada em toda saúde pública, mas ganhou força no embate contra as drogas, atribuindo ao usuário a autonomia diante da dependência, conscientização e responsabilização quanto ao uso, e tratamento. Esse método apresenta-se na singularidade de cada caso, pautando estratégias para as práticas de saúde do usuário, no qual a equipe deve sempre encorajar e participar de todo esse processo para maior efetivação do tratamento.

Além disso, é oferecido pelo CAPS/AD ações médicas, assistenciais, atividade física e oficinas terapêuticas como: oficinas de artesanato, psicoterapia, terapia ocupacional. E uma intensa busca pela reintegração do usuário na sociedade, promovendo atividades públicas, como também incentivando o indivíduo a participar de tais movimentos, produzindo uma maior independência e centralização em novas possibilidades.

2.3 Rede Intersetorial

Rede Intersetorial é a noção de articulação e vínculos entre ações governamentais e não governamentais, serviços comunitários, programas sociais, priorizando a assistência integral aos segmentos sociais vulnerabilizados e em situação de risco social e pessoal.

A sociedade veio mostrando com o passar dos anos, o cuidado em se ter um olhar mais integral de suas necessidades, em forma da garantia dos direitos e maior qualidade de vida. Como proposta de aumentar os níveis de eficácia em atendimentos:

O trabalho em redes surgiu como uma proposta de intervenção capaz de forjar uma nova abordagem no enfrentamento das demandas da população, baseada na troca de saberes e práticas entre o Estado, as empresas privadas e a sociedade civil organizada. Segundo Teixeira (2002), a sua disseminação na atualidade está relacionada com múltiplos fatores, cujos reflexos incidem diretamente na forma de gerir as políticas públicas. Dentre os fatores que contribuíram para a sua proliferação, destaca-se a globalização, cujas influências alteraram os processos produtivos em direção à flexibilização, à descentralização e à interdependência dos setores (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 115).

A rede intersetorial é formada por serviços substitutivos a reforma psiquiátrica, com a função de privilegiar o atendimento às pessoas com transtornos mentais. Os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes.

Os principais serviços são: Unidades de Saúde da Família (USF), Centro de Atenção Psicossocial, Residência Terapêutica, Consultório de Rua (CR), Ambulatório, Pronto-socorro, Hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Ministério Público, Previdências Sociais, Delegacias, Núcleo de Apoio na Saúde da Família (NASF), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro de Referências Especializadas da Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado

para População de Rua (Centro POP), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), entre outros.

2.3.1 Serviços Envolvidos na Rede Intersetorial

Os principais serviços que formam a rede intersetorial no Nordeste de Minas Gerais são:

O Núcleo de Apoio na Saúde da Família é composta por profissionais de diferentes áreas como (Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas), que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas sendo assim ampliando as abrangências das ações da atenção básica. O NASF busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde o NASF é uma:

Estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. (BRASIL, 2009, p. 10-11)

A Estratégia de Saúde da Família constitui-se em uma organização de acolhimento da entrada do usuário no sistema. Essa estratégia se dá a produção de vínculo e laços de corresponsabilidade entre profissionais e usuários em torno das necessidades e prioridades de saúde de uma comunidade. Para que tenha um bom funcionamento existe a presença de equipes multidisciplinares que envolvem diferentes profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são

responsáveis de ir até as casas e estar à disposição das famílias para fazer agendamentos e encaminhamentos para a ESF.

Dessa forma, Belotti e Lavrador (2012) afirmam:

Que o ACS torna-se uma espécie de “ponte”, por ser o elo integrador entre a comunidade e a Unidade Saúde da Família, sendo elemento importante na composição da rede de cuidados de saúde mental. É esse agente que tem convivência mais direta com os usuários. Ao realizar a visita domiciliar, ouve as queixas e as angústias, presencia conflitos, atuando enquanto porta-voz dessas famílias com os diversos equipamentos de saúde. O ACS tem a possibilidade de fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde. Sabemos que a construção de um bom vínculo pode influenciar na implicação do usuário, do seu tratamento, bem como da sua família e, ainda, da própria equipe da ESF. (BELOTTI; LAVRADOR, 2012, p.134)

O Centro de Referências Especializadas da Assistência Social é um polo de referência que oferece um serviço especializado e contínuo a famílias e aos indivíduos que enfrentam violência ou têm alguns direitos violados. O serviço dá suporte às famílias e à comunidade. Ele oferece um espaço para acolhimento dessas pessoas podendo assim fortalecer os vínculos familiares e com a sociedade, priorizando sempre a reconstrução de suas relações.

Conforme Costa, Mafra e Bachtold (2014):

O CREAS é o local onde se realiza o acompanhamento de pessoas e famílias que tiveram seus direitos violados ou ameaçados por violência física, psicológica, sexual, trabalho infantil, trabalho escravo, dentre outras situações. Alguns CREAS também trabalham com pessoas em situação de rua e acompanhamento de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas. (MAFRA; BACHTOLD, 2014, p.6).

O Centro de Referência Especializado para População de Rua (CENTRO POP) é um atendimento especializado direcionado à população adulta em situação de rua. Sendo um espaço de referência para que consiga ter um convívio grupal, social e que consiga desenvolver as relações de solidariedade, afetividade e respeito. É um serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, para proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, a organização, a mobilização e a participação social.

O Centro POP é um espaço de referência em pessoas que se encontram em situação de rua, onde nesse local as pessoas podem se alimentar, cuidar da higiene pessoal, descansar, além disso, recebem encaminhamentos para outros serviços conforme a necessidade de cada um. (Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais, 2015)

O Centro de Referência de Assistência Social é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. O CRAS tem como objetivo fazer com que as famílias em situação de extrema pobreza possam ter acesso a serviços como cadastramento e acompanhamento em programas de transferência de renda.

O serviço principal ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Esse serviço faz com que ocorra a prevenção da ruptura dos vínculos familiares e comunitários, a promoção de ganhos sociais e materiais das famílias e ter acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) considera o CRAS:

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social. (CFP, 2014, p. 51-52).

Os Narcóticos Anônimos (N.A) são instituições com o objetivo de ajudar pessoas dependentes de drogas, sem fins lucrativos, sem conexão com o estado, em que busca ajudar homens e mulheres a superarem seus problemas relacionados a dependência, através de um trabalho grupal. Durante encontros semanais são feitas rodas de conversas onde cada um tem o espaço para falar das suas vivências, suas dificuldades e suas vitórias diante do vício.

Nesse sentido, afirma Cardoso (2006) que:

O grupo NA é uma estrutura básica de organização dos Narcóticos Anônimos. Ele é formado por dois ou mais adictos que se reúnem regularmente com o objetivo de recuperar-se da drogadição. Ele proporciona a cada membro a oportunidade de escutar e de partilhar experiências de recuperação. (CARDOSO, 2006, p. 40).

Hospital é um estabelecimento destinado a receber pessoas com enfermidades, formado por uma equipe multiprofissional, “cuja função básica consiste em proporcionar a população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento” (BRASIL, 1977, p. 9).

A Polícia Militar (PM) está diretamente voltada a proteção e prevenção da violência em uma sociedade, além de preservar a ordem pública. Em comprometimento de fatos que exijam sua intervenção e servindo a comunidade.

De forma que não possuem padrões relacionados a tempo e nem rotina, como grande parte dos trabalhadores. Fora da escala de trabalho, os policiais militares devem estar disponíveis 24 horas por dia para atender ocorrências, estando assim a disposição do Estado para maior segurança da sociedade. (FRAGA, 2006, p. 7)

As Residências Terapêuticas visam por meio de estratégias substituir o modelo asilar, promovendo autonomia e inclusão aqueles que estiveram internados em hospitais psiquiátricos por muito tempo. Garantindo o cuidado às pessoas em sofrimento mental além da reestruturação familiar perdida e construção de novas relações sociais.

Silveira, Santos Junior e Macedo (2011) afirmam que:

Na luta para reversão desse panorama de atenção psiquiátrica hospitalocêntrica, a política de saúde vem se dedicando, nos últimos anos, para conseguir a efetiva desinstitucionalização e a reinserção dos sofredores psíquicos na sociedade. Para isso, tem contado com apoio integral dos serviços substitutivos, em especial, com as Residências Terapêuticas, espaço de morar e viver na comunidade, para egressos de internações manicomiais de longos períodos. Silveira; Santos Junior; Macedo, 2011, p. 42).

A Unidade de Pronto Atendimento tem o seu funcionamento 24 horas por dia, tendo a função de realizar a triagem classificando o risco de cada paciente e prestando atendimento aos pacientes que foram acometidos a qualquer tipo de urgência.

A portaria GM/MS nº 1.601/2011 diz que,

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de pronto atendimento somente para urgências e emergências. Não sendo um serviço que atende consultas rotineiras. Através desse serviço os pacientes são encaminhados para os hospitais ou clínicas para o atendimento específico. As noites e nos finais de semana que não tem o funcionamento da rede básica é acionado o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (SAMU).

De acordo com Araújo (2012, p 30) o “serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192”.

O Consultório de Rua foi criado a partir da responsabilização pela atenção à saúde da população em situação de rua, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna uma assistência ampla. As equipes devem trabalhar de forma articulada, realizando atividades em que se deslocam para buscar pessoas que estejam morando na rua, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas unidades básicas de saúde do território onde atua.

Disponibilizando atendimento médico aos usuários de substâncias psicoativas ou em situação de vulnerabilidade, os encaminhando para a rede de acordo com as demandas necessárias. O trabalho deve ser de acolhimento, com olhar voltado para a fragilidade do indivíduo, pois são indivíduos com os vínculos familiares rompidos, e com um trabalho pautado também voltado para a responsabilização do mesmo, diante das escolhas feitas. Além de entender as relações no ambiente, o comportamento desses indivíduos e as possibilidades de uma vida saudável e responsável.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p.10), o Consultório de Rua “promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania”.

O Centro Viva Vida- CVV tem o objetivo de atender de preferência à saúde da mulher e da criança, formando assim um centro de especialidades que hoje já atende alguns procedimentos da saúde para o homem, fazendo com que todos da família sejam atendidos.

Sendo assim de acordo com Moreira e Laura (2010)

A proposta de implantação dos Centros Viva Vida é destacada como inovadora. Idealizadas de acordo com o modelo de redes de atenção, às diretrizes formuladas diferenciam o CVV de um centro de especialidades. Ao atrelar o financiamento do CVV à contratualização de serviços planejados de acordo com a demanda, essa proposta também inova, rompendo com a lógica de pagamento por procedimento vigente no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, são incorporadas novas ferramentas de gestão, permitindo o monitoramento contínuo das metas pactuadas, da produção assistencial e do desempenho contábil desses Centros. (MOREIRA; LAURA, 2010, p.15).

O Centro Especializado Odontológico – CEO faz parte da unidade básica de saúde promovendo assistência para a população que necessite de tratamento odontológico, sendo através de encaminhamento ou por procura do paciente.

Segundo Souza (2009)

Os CEOs devem funcionar como unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, com procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados neste nível de atenção, criando-se um vínculo de referência e contra-referência. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e deveriam encaminhar aos centros especializados apenas casos mais complexos. (SOUZA, 2009, p.15).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório (ARCT) trata-se de uma unidade de acolhimento que funciona todos os dias da semana oferecendo um acompanhamento terapêutico. É um serviço que é voltado para adultos, que podem ter sido encaminhados de outros serviços da rede.

Pontos de Atenção com funcionamento 24 horas, referenciados exclusivamente pelos CAPS e que oferecem, em ambiente residencial, cuidados contínuos à saúde, de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Articulam, junto ao CAPS de referência, a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares para os usuários que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, em período de até seis meses. (BRASIL, 2014)

Podendo assim fazer parte da elaboração do PTS junto com os serviços que encaminharam o paciente até a unidade, atuando de uma forma articulada com todos os pontos de atenção, e contribuindo para a reconstrução de uma maior qualidade de vida aos usuários.

2.3.2 Intersetorialidade

A intersetorialidade surge com a finalidade de resolver problemas sociais do indivíduo em determinado território, incorporando uma ideia de integralidade, proteção social, equidade e inclusão social. Em que se busca a melhoria da qualidade de vida. (JUNQUEIRA, 2000, p.42)

A intersetorialidade constitui um conceito que é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito

sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997 *apud* JUNQUEIRA, 2000, p.42).

Um exemplo de intersectorialidade praticada, até de forma pioneira, é executada na rede de saúde pública para atendimento em saúde mental.

A intersectorialidade na saúde mental coloca o usuário em uma nova concepção, não como doente, mas como pessoa que necessita ser um indivíduo humanizado e reconhecido dentro da sociedade e, para isso, foi preciso fortalecer as redes e trazer com elas as políticas sociais que intervêm visando a integralidade do usuário (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011 *apud* SCHEFFER; SILVA, 2014).

O que ressalta a importância da intersectorialidade como distribuição de ações efetivas, construindo políticas multifacetadas em prol integração do usuário da rede, visando o um planejamento assertivo em articulação e reintegração social.

2.4 Projeto Terapêutico Singular

Para compreender a rede intersectorial a partir do CAPS, faz-se necessário conhecer o Projeto Terapêutico Singular como instrumento de trabalho mais utilizado na unidade, resultante da discussão de todos os indivíduos envolvidos. No qual nota-se a importância das contribuições teóricas de Girardi (2015), afirmando que:

O Projeto Terapêutico Singular é um dos principais instrumentos de trabalho interdisciplinar dos CAPS, pois possibilitam o trabalho colaborativo entre equipe, paciente e família. Além do mais, permite também o desenvolvimento da autonomia e do empoderamento do usuário e sua família (GIRARDI, 2015 *apud* CARVALHO et al, 2012, p. 522).

O cuidado da equipe se concentra no desenvolvimento do projeto terapêutico singular baseado no acolhimento ao usuário, no relacionamento entre família e o indivíduo tal como da família e a unidade, na responsabilização do usuário quanto ao tratamento e participação do usuário aos encontros. De forma que:

Os projetos terapêuticos dos CAPS serão singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersectoriais que potencializem suas ações. Os CAPS deverão obedecer a alguns princípios básicos: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados que não consigam acompanhar as atividades estruturadas da unidade. Devem ainda trabalhar com a ideia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a

permanência diária no serviço. O CAPS deve considerar o cuidado intra-, inter- e transubjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2002).

Com isso, ressalta-se a importância do ato de cuidar diretamente ligado ao PTS, articulando serviços e ações que atendam a particularidade de cada usuário, como também o restabelecimento das relações sociais, prevenção e promoção da saúde. Se tornando essencial que o trabalhador da saúde tenha uma escuta pautada no comprometimento da autonomia do sujeito, e o cuidado singularizado.

3 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA

Para a realização do presente estudo foi empregada a metodologia da pesquisa qualitativa e quantitativa, buscando compreender o processo de levantamento e identificação das informações necessárias para pesquisa, utilizando como base documentos originais que não haviam sido explorados e que forneceram os elementos essenciais para o processo de investigação.

3.1 Classificação da Pesquisa

Quanto aos objetivos, utiliza-se o método descritivo, no qual foi feita uma análise de dados que estão relacionados ao projeto. E em relação aos procedimentos, aplica-se a pesquisa documental, pois a análise realizada a partir dos PTS's contidos nos prontuários, referenciam-se a dados primários que não sofreram nenhum tratamento analítico, tiveram apenas cunho científico acadêmico.

3.1.1 Questões éticas da pesquisa

É primordial considerar que a pesquisa deve apresentar benefícios para o indivíduo e a sociedade no qual faz parte, oportunizando qualidade de vida pautada no respeito aos direitos civis, sociais e culturais, dessa forma nos pautamos na liberação da pesquisa através de uma carta de autorização assinada pela responsável pela saúde mental da região Nordeste de Minas Gerais (APÊNDICE A).

Dessa forma, o estudo conserva-se na Resolução N° 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016, que esclarece no:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito. (BRASIL, 2016).

Confirmando que não houve exposição dos usuários no presente estudo, já que a pesquisa tem como cunho a análise voltada ao Projeto Terapêutico Singular e

a identificação voltada a articulação do CAPS/AD com os demais serviços da rede intersetorial.

3.2 Caracterização e Quantificação do Local e Material da Pesquisa

O CAPS/AD oferece atendimento público a todos aqueles que são dependentes de substâncias psicoativas, e que buscam tratamento. No qual é planejado ações acerca deste, adaptado ao perfil de cada usuário, favorecendo o acolhimento de acordo com suas necessidades.

O tratamento é pautado em: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, baseando-se na possibilidade do comparecimento do usuário na unidade, e quanto a necessidade em se ter maior fluxo de atendimentos. Sendo possível facilitar esse comparecimento perante as atividades propostas e continuidade destas.

Oferece atendimento médico (clínico e psiquiátrico), auxiliando no processo saúde-doença decorrente do uso de substâncias; acompanhamento psicológico de acordo a necessidade de cada caso; de enfermagem como controle das medicações e possíveis sintomas causados pela abstinência ou até mesmo quanto a mistura do medicamento com substâncias; a educação física é oferecida aqueles que estão em condições de saúde adequadas de acordo a avaliação do médico clínico e psiquiatra, sendo desempenhada em até três vezes na semana, associado a oficinas terapêuticas como: artesanato, grupos informativos, grupos de terapia ocupacional, assistência social, assim como trabalhar a reintegração do indivíduo na sociedade, com atividades fora da unidade e produção dos próprios usuários para conscientização de diversos temas que são necessariamente abordados.

Busca oferecer um ambiente próprio para participação da família através de grupos e comemorações importantes, além de contribuir para a corresponsabilização do indivíduo quanto ao tratamento ofertado e novas possibilidades frente a luta contra a dependência.

3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Para a efetuação da pesquisa, foi abordado o funcionamento das ações desenvolvidas pelo CAPS/AD em articulação com alguns dispositivos que formam a rede intersetorial, através da análise do Projeto Terapêutico Singular, que é o

instrumento usado pela unidade como forma do desenvolvimento de ações. Em desenvolvimento utilizou-se uma abordagem quantitativa como forma de verificar quantos possuem o PTS (ANEXO 1) e quantos estabelecem conexão com os serviços assistenciais.

Sendo assim, foi realizada a elaboração dessa fundamentação sobre a temática um levantamento bibliográfico baseando-se em teses, artigos, livros, legislações vigentes, consultadas principalmente, por meio de base de dados virtuais como Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Sites Governamentais. Utilizou-se trabalhos empíricos, teóricos e revisão de literatura, publicados em português, no período de 2007 a 2016 (salvo aqueles de extrema relevância publicados em períodos anteriores), tendo como palavras-chave: Saúde Mental, CAPS/AD, Rede Intersetorial, Projeto Terapêutico Singular.

Essa etapa possibilitou a identificação do processo histórico dos estudos acerca da temática em questão, na explicitação do problema pesquisado, no conhecimento de como as políticas públicas devem ser articuladas em prol do cuidado com o indivíduo. E auxiliou na verificação, e na problematização do que foi exposto acima.

3.4 Métodos de Análise e Interpretação

Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa, expondo assim a situação da rede intersetorial através do PTS, buscando expor as ações desenvolvidas e sua ligação com tais dispositivos, através dessa análise qualitativa pudemos perceber a relação que existe em ter um serviço realizado de acordo com as políticas apresentadas, possibilitando a compreensão das demandas e ampliação do cuidado. E em desenvolvimento utilizou-se uma abordagem quantitativa como forma de verificar quantos possuem o PTS e quantos estabelecem conexão com os serviços assistenciais.

Na busca pela extração das informações necessárias para pesquisa, foi feito um levantamento do número total dos usuários cadastrados na unidade, e dessa amostra separou-se os usuários ativos, daqueles que por algum fator não fazem mais acompanhamento no CAPS/AD.

Inicialmente foi feito um levantamento de dados por amostragem correspondente a 25% dos pacientes ativos, de forma aleatória, conforme o número de registro dos pacientes contidos nos prontuários.

Dentre os 806 indivíduos cadastrados na unidade até o presente momento, encontra-se 450 ativos e 356 inativos, no qual foram recrutados homens e mulheres, de idade entre 18 a 65 anos, considerando o grau de escolaridade, estado civil, ano de entrada além de estabelecer uma relação com a droga específica de cada indivíduo.

Como forma de analisar as ações executadas e, se diante dessas, o indivíduo tem sido reintegrado e de como têm sido realizadas as práticas do cuidado amplo, com o objetivo de perceber as mudanças e os serviços acionados.

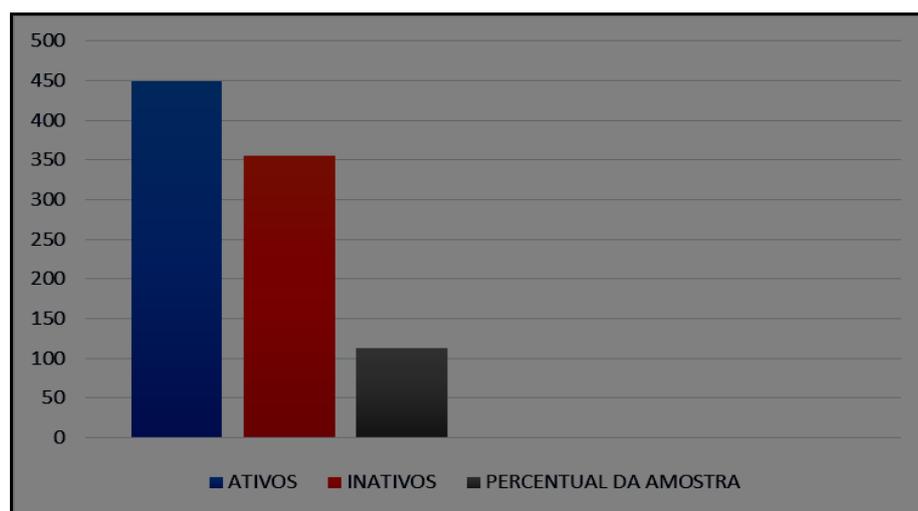
Através do formulário (APÊNDICE B), buscou-se registros de informações nos prontuários, afim de facilitar a realização da pesquisa. Para maior compreensão das formas de organização, foram reunidas as partes fornecedoras de material. Que foram analisadas e interpretadas, cumprindo-se o objetivo que era de avaliar como este trabalho tem sido realizado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise quantitativa dos usuários ativos e inativos quanto ao ano de entrada no serviço.

A partir dos dados coletados verificou-se que um total de 806 prontuários cadastrados na unidade, refere-se a uma média de 450 usuários ativos e 356 inativos. No qual foi obtido uma amostra para o estudo de 25% dos ativos, correspondente a 113 prontuários contidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, como representado no gráfico 1.

Gráfico 1: Amostra de pacientes ativos e inativos cadastrados na unidade do CAPS/AD, Outubro, 2017.



FONTE: Dados coletados pela própria pesquisa de campo, através do Projeto Terapêutico Singular analisados em um CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro de 2017.

Caracteriza-se como prontuários inativos, aqueles usuários que não compareceram a unidade após o acolhimento ou ausência por mais de seis meses. Podendo ser inúmeros os motivos pela evasão, como: saber se a intervenção de tratamento feita pelo profissional é aceita ou rejeitada pelo o usuário, pois o mesmo pode não concordar e abandonar a unidade; rejeição pelo paciente e/ou família; questões sociodemográficas podem ser contribuintes para o abandono.

Um fator importante para a evasão é a falta de ligação entre o profissional e usuário, em que o profissional de referência tem o papel de acolher e cuidar. Sendo relevante a vulnerabilidade em que o usuário se encontra no momento da entrada na unidade, no qual “o serviço deve ser capaz de auxiliar o indivíduo a estabelecer e

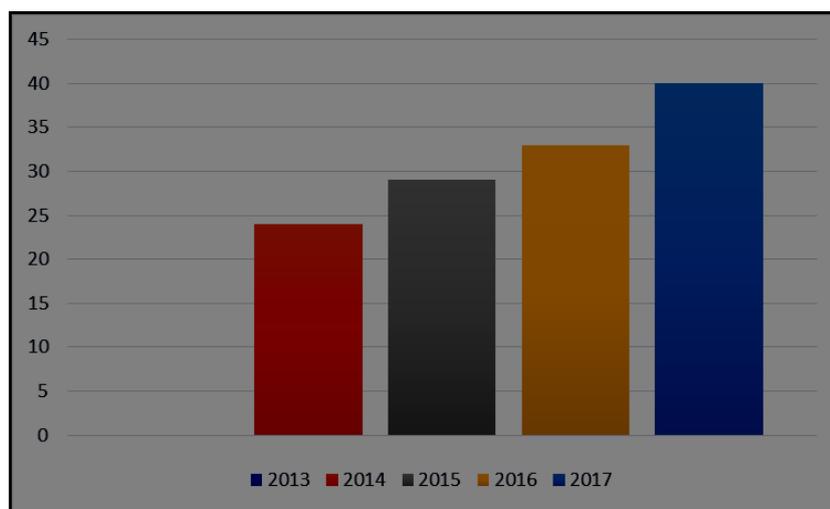
manter os vínculos saudáveis e duradouros” (CAIXETA et al, 2014) reduzindo os fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas.

Os usuários ativos são caracterizados por estarem aderidos e comprometidos com o tratamento construído com a equipe, além de contar com apoio da família e dos profissionais engajados nos serviços de assistência, no qual o cuidado e vínculo da equipe com o usuário torna-se operante no serviço.

Uma amostra de 25% do número total dos ativos, resulta-se em 113 prontuários, que foram o ponto de partida da pesquisa.

Pode-se observar (Gráfico 2) que a maior parte dos usuários ativos da amostra foram cadastrados no serviço em datas mais recentes, em uma ordem crescente mostrando um índice maior de adesão e permanência ao tratamento nos últimos anos.

Gráfico 2: Quantidade de pacientes cadastrados por ano na unidade do CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro, 2017.



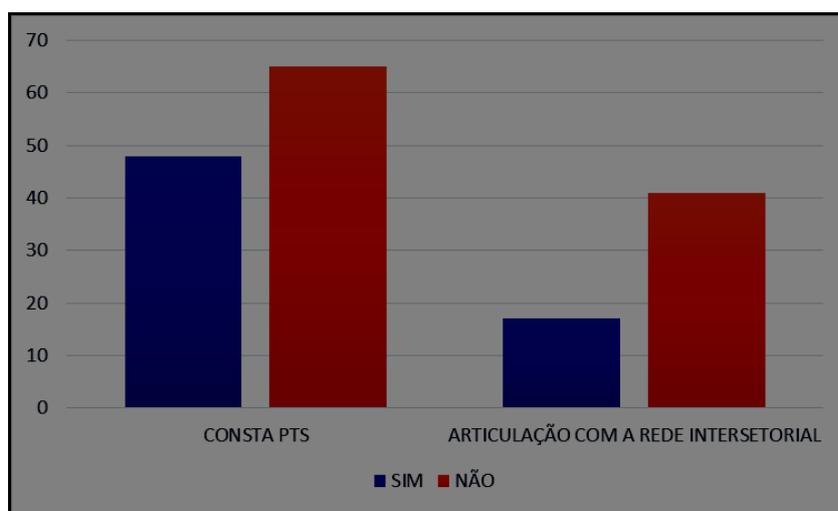
FONTE: Dados coletados pela própria pesquisa de campo, através do Projeto Terapêutico Singular analisados em um CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro de 2017.

Em relação aos prontuários analisados, percebe-se que no ano de 2013 não houve adesão ao serviço do CAPS/AD. Podendo considerar ser o ano de inauguração da unidade no município, não sendo ainda conhecido em sua política de estratégia na região. Tendo assim, pouco ou nenhum usuário para tal ano. Nos demais anos, percebe-se uma adesão em ordem crescente, podendo ser através de um reconhecimento no município e região e o ingresso na rede de assistência.

4.2 Análise quantitativa do PTS e da articulação com a rede intersetorial.

Dentre os 113 prontuários da amostra, 48 destes continham o Projeto Terapêutico Singular e apenas 17 constam articulação com a rede intersetorial, como pode ser observado no Gráfico 3.

Gráfico 3: Quantidade de usuários que possuem o Projeto Terapêutico Singular no prontuário, e em quantos aparecem articulação com a rede intersetorial.



FONTE: Dados coletados pela própria pesquisa de campo, através do Projeto Terapêutico Singular analisados em um CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro de 2017.

Diante da análise realizada com os prontuários selecionados pode-se perceber que 65% dos prontuários não contém o PTS. No qual de acordo ao que já apontado na pesquisa, é um instrumento utilizado para planejar e concretizar o modelo adequado de assistência a cada indivíduo, resultado de debate coletivo da equipe interdisciplinar e usuário como forma de desenvolvimento das atividades terapêuticas efetivas.

Dentre os 48 que possuem o PTS como instrumento norteador de suas necessidades, apenas 17 apresentam articulação com os serviços. Demonstrando uma baixa articulação com os serviços constituintes da rede, e ressaltando uma maior percepção sobre os possíveis motivos, e intercorrências da falta do PTS no tratamento do usuário.

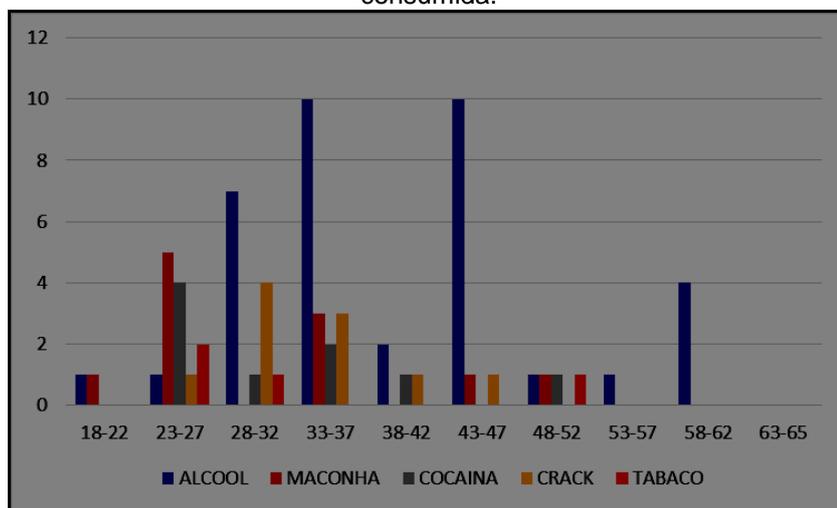
É função da equipe multiprofissional estabelecer vínculo com o usuário, tornando-o centro da elaboração do PTS, tendo uma escuta acolhedora, integralidade, respeito a singularidade, aprimorando estratégias para o tratamento proposto.

A construção do PTS baseia-se na estratégia de cuidado a saúde, por um processo de mudanças significativas, por meio do envolvimento com o sujeito, família, rede social, e ações coletivas, de acordo com a necessidade singular do usuário, estabelece uma articulação territorial com as políticas públicas e privadas, com objetivo de reintegrar socialmente pessoas com dependência psicoativa.

4.3 Análise quantitativa das substâncias psicoativas em relação a idade

Respectivamente, no Gráfico 4 mostra-se a quantidade de usuários de substâncias de acordo com a respectiva idade.

Gráfico 4: Especificidade dos usuários do CAPS/AD de acordo com a idade e substância psicoativa consumida.



FONTE: Dados coletados pela própria pesquisa de campo, através do Projeto Terapêutico Singular analisados em um CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro de 2017.

Pode-se perceber que entre 18 a 22 anos o uso do álcool e da maconha pode ser considerado exclusivo, já de 23 a 27 anos há uma maior evidência de cocaína e maconha, como também uso significativo de álcool, crack e tabaco. Entre 28 a 32 anos encontram-se o álcool e o crack em maior nível, e em menor nível o uso de cocaína e tabaco, de 33 a 37 anos consideravelmente o uso do álcool é consideravelmente maior que a cocaína, crack e a maconha, de 38 a 42 anos o uso de álcool é maior do que o uso da cocaína e o crack, já entre 43 a 47anos o nível do álcool é maior em consideração a maconha e ao crack, já de 48 a 52anos existe um empate entre o álcool, a maconha, a cocaína e o tabaco, entre 53 a 57 anos só prevaleceu o álcool, da mesma forma entre os 58 a 62 anos.

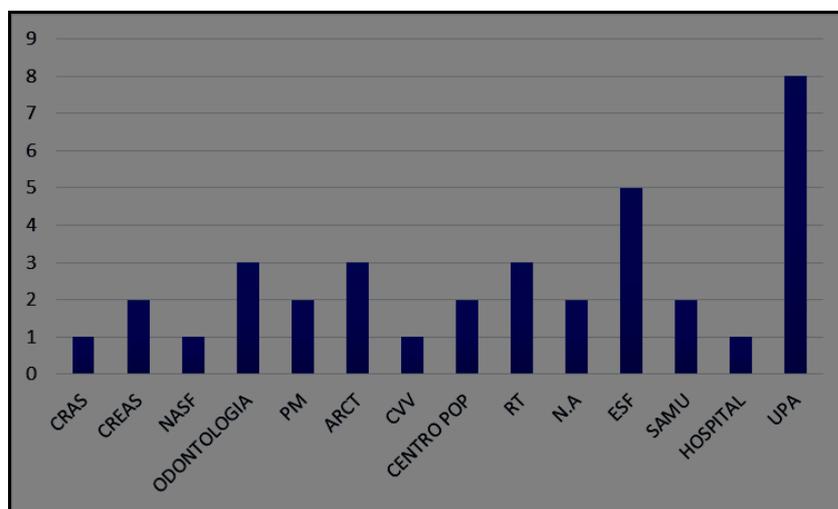
No Gráfico 4 mostra que o consumo de álcool aparece a partir dos 18 anos estando presente entre todas as outras idades, atingindo assim grande parte dos usuários, até mesmo por ser uma droga lícita, de baixo custo e fácil acesso.

Entre 18 a 22 anos também aparece o uso da maconha, de 23 a 27 a cocaína e a maconha aparecem em evidencia e também com uso significativo do tabaco e crack. Quanto aos usuários de 28 a 32 anos, aparece o crack em maior nível e em menor nível o uso de cocaína e tabaco. E aqueles com idade entre 33 a 37 anos aparece também o uso da cocaína, crack e maconha. De 38 a 42 anos encontra-se o uso de cocaína e crack, de 43 a 47 anos o uso da maconha e do crack, de 48 a 52 anos maconha, cocaína e tabaco e prevaleceu o uso do álcool dos 53 a 62 anos.

Pode-se considerar que o uso de substancias a longo prazo ou em elevadas quantidades atuam como sedativo, afetando diretamente a mente, com perda da capacidade cognitiva, atingindo diretamente suas relações sociais e de trabalho, assim como uma fragilidade relacionada à saúde.

4.4 Análise dos serviços que apresentam mais articulação com um CAPS/AD do Nordeste de Minas Gerais.

Gráfico 5: Amostra dos serviços em articulação com o CAPS/AD



FONTE: Dados coletados pela própria pesquisa de campo, através do Projeto Terapêutico Singular analisados em um CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais, outubro de 2017.

No gráfico 5, em destaque aparece o serviço da UPA como o mais articulado da rede pelo CAPS/AD, considerando que está diretamente ligado às consequências causadas pelo uso de drogas, tais como: alteração no funcionamento físico e psíquico, doenças respiratórias, danos aos órgãos, e uso de medicamento associado

a drogas. Dessa forma, é um serviço que se torna parceiro do CAPS/AD diante das agravações e alterações durante o tratamento, até mesmo ligado a abstinência do uso dessas substâncias. Em seguida o serviço de Estratégia da Saúde da Família, que trabalha na articulação com a família, fortalecendo os vínculos e melhor convívio através da busca pela saúde.

Em terceiro aparecem: o serviço de Atenção Residencial de Caráter Transitório, que desempenha ações específicas pautadas na falta de moradia fixa, oferecendo aos indivíduos um abrigo temporário, buscando auxiliá-los na explanação das possíveis formas de resolução do problema; as Residências Terapêuticas demonstram a busca em casos de extrema necessidade, no qual o indivíduo muitas vezes por reconhecer a dificuldade em se ver longe do vício, e após tentativas fracassadas opta por fazer o tratamento em uma residência terapêutica, no qual a equipe se reúne para analisar o caso e a necessidade, se realmente houver, o indivíduo é encaminhado pela própria unidade, no qual poderá ficar até no máximo 6 meses e a Odontologia no qual sua procura se dá, de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Em quarto nível aparecem: o CENTRO POP no qual possui um local apropriado para higienização, refeições, auxílio a saúde e articulação com atividades terapêuticas; o CREAS apresenta um trabalho voltado a violência, portanto aqueles usuários que sofreram ou causaram algum tipo de violência, são encaminhados para o serviço com objetivo de garantia dos direitos e conscientização quanto violência; os Narcóticos Anônimos aparecem como serviços contribuinte ao desvinculamento com as drogas, na reintegração do indivíduo em sociedade, no qual fornece um ambiente acolhedor de escuta sem julgamentos; a Polícia Militar (PM) está voltada a proteção e prevenção da violência e o SAMU vem como auxiliador de crises causadas pelo uso de substâncias psicoativas, garantindo um atendimento rápido a estes usuários.

Em nível menos acionado aparecem: o CRAS como serviço assistencial quanto a benefícios que são de direito do usuário, além de fornecer atividades de geração de renda; o CENTRO VIVA VIDA como serviço assistencial a saúde do usuário de substâncias com algum tipo de enfermidade, causada ou não pelo uso decorrente; o serviço Hospitalar fornece atendimentos de acordo com as necessidades de usuário e o NASF como forma de contribuir para integralidade do cuidado aos usuários auxiliando diante as possíveis intervenções sobre problemas.

Na Tabela 1, relacionou-se o sexo masculino, com o consumo das substâncias psicoativas e o estado civil, levando em consideração que alguns indivíduos fazem uso de múltiplas drogas. Dentre estes destacou-se o uso predominante em do álcool entre todos os estados civis, relativo a 40% dos solteiros, 62% dos casados, e 100% dos divorciados, apresentando diferença apenas entre aqueles que vivem em união estável, no qual mostrou em nível igual de 50% para a relação do álcool e a cocaína.

Tabela 1 – Percentual Masculino quanto a escolaridade, estado civil e substâncias psicoativas.

Estado Civil	Substância psicoativa					Total (%)
	Álcool (%)	Crack (%)	Maconha (%)	Cocaína (%)	Tabaco (%)	
Solteiro	40	14	21	16	9	100
Casado	62	-	15	15	8	100
Viúvo	-	-	-	-	-	-
Divorciado	100	-	-	-	-	100
União Estável	50	-	-	50	-	100
Ensino						
Fundamental	55	6	18	12	9	100
Médio	32	16	20	24	8	100
Superior	-	-	-	-	-	-

Fonte: CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais

Diversos fatores são capazes de explicar o uso em elevado grau do álcool, consideravelmente os padrões culturais são capazes de determinar como o indivíduo vai lidar com o consumo do álcool, ressaltando que é uma substância lícita, de baixo custo e acesso fácil a todos aqueles maiores de 18 anos.

Ainda em relação a Tabela 1, foi feito um levantamento quanto a escolaridade e o uso de substâncias psicoativas, verificando assim que a maioria (70%) destes que fazem uso de álcool possuem apenas o ensino fundamental, no qual podemos considerar que um dos principais motivos da evasão escolar, é o consumo abusivo de substâncias, afinal os usuários passam a apresentar sintomas como dificuldades

de concentração, baixo nível cognitivo, redução de suas atividades rotineiras por não conseguir estabelecer um fluxo normal quanto a suas relações sociais. No qual para eles se torna mais cômodo deixar de lado os estudos do que vencer a dependência.

Camargo (2006 *apud* BISSOLI; RODRIGUES, 2010), afirma que:

Quanto à sociedade como um todo, os principais custos da evasão escolar são relativos a manutenção de programas sociais como saúde, assistência social, seguro desemprego e outros e, maior probabilidade de que pessoas com menor nível educacional se envolvam em atividades anti-sociais de alto risco, como crime, uso de drogas, gravidez precoce que geram custos adicionais à sociedade. (CAMARGO, 2006 *apud* BISSOLI; RODRIGUES, 2010, p. 2).

Tabela 2 – Percentual feminino quanto a escolaridade, estado civil e substâncias psicoativas.

Estado Civil	Substância Psicoativa					Total (%)
	Álcool (%)	Crack (%)	Maconha (%)	Cocaína (%)	Tabaco (%)	
Solteira	80	20	-	-	-	100
Casada	50	50	-	-	-	100
Viúva	-	-	-	-	-	-
Divorciada	-	-	-	-	-	-
União Estável	-	-	-	-	-	-
Ensino						
Fundamental	70	30	-	-	-	100
Médio	75	25	-	-	-	100
Superior	100	-	-	-	-	100

Fonte: CAPS/AD situado no Nordeste de Minas Gerais

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD II), divulgado em 2014, pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). Mostra que houve um aumento significativo no consumo de álcool em mulheres, 38% das mulheres relatam consumir álcool de uso regular, e 49% relatam consumo em binge¹. (BRASIL, 2014).

¹ Quatro a cinco doses em duas horas

A partir da Tabela 2 percebe-se que 80% das mulheres solteiras fazem uso acentuado de álcool e 20% do Crack, quanto às casadas 50% fazem uso de Crack e 50% álcool. Desse modo, fatores que são levados em consideração diante do consumo são renda própria, a conquista da autonomia, sedução, beleza, e até mesmo usado como forma de ansiolíticos, afim de minimizar a tensão, ansiedade e estresse.

O uso de substâncias psicoativas por mulheres ainda é pouco abordado em estudos, sendo apontado por alguns de forma simples, remetendo momentos de comemoração, esporadicamente e em doses pequenas. Mas no decorrer dos anos demonstrou-se um aumento quanto ao uso e a frequência do uso, tendo uma ligação direta com a violência física, sexual ou psicológica sofrida pela mulher, quando criança/adolescente ou em sua vida adulta.

Segundo Martins (2012) “pesquisas indicam que uma elevada parcela dos casos de violência domiciliar está associada ao consumo de bebidas alcoólicas. Esse estudo também mostra que a violência ocorre principalmente entre casais, sendo a mulher a principal vítima. ” (CEBRID, 2002 *apud* MARTINS, 2012, p.46).

A conscientização quanto ao uso de substâncias psicoativas por mulheres, despertou em profissionais a preocupação quanto aos fatores do impacto no corpo, saúde e qualidade de vida da mulher em sua singularidade. O CAPS/AD passou a oferecer atividades exclusivas para as mulheres, com o objetivo de que elas pudessem se sentir mais acolhidas e compartilhassem sobre suas vivências, favorecendo todo o processo de valorização, autonomia e ressignificação da vida.

Com isso, é possível constatar a importância de políticas assistências às mulheres, proporcionado pelo acolhimento e escuta dentro de uma unidade do CAPS/AD, no qual buscará ações com a rede intersetorial para proteção da mulher abusada, busca por construção de uma vida digna pautada na corresponsabilização quanto ao tratamento. “É fato que, em nosso contexto, as mulheres em situação de violência são agredidas, situações essas advindas, inclusive, dos problemas decorrentes do abuso de álcool” (VIEIRA et.al, 2014).

As mulheres que vivem em contexto de violência, relatam que muitas vezes o parceiro que faz uso de álcool passam a agredi-las por motivos simples, mas que os estudos já comprovam que o consumo de substâncias traz ao indivíduo uma sensação maior de poder e de coragem, com isso situações rotineiras acabam sendo transformadas em uma violência diária, outras afirmam que por fazer uso do

álcool, acabam sofrendo violência do parceiro por não concordar com o uso, ou por consequência de algo que tenha dito sob efeito da substância. Grande parte dessas mulheres passam a fazer uso de substâncias psicoativas junto com o parceiro, como forma de tentar amenizar os impactos da violência sofrida ou por incentivo deste.

Além disso foi possível perceber, na Tabela 2 que a maior parte 70%(7) das mulheres usuárias de álcool possuem apenas ensino fundamental, enquanto em comparação possuem ensino médio 75%(3) e 100%(1) ensino superior. A maior causa da evasão escolar dentre as mulheres, está voltada a gravidez na adolescência, associada ao uso do álcool durante o período da gestação.

Estudos comprovam que:

No universo feminino o poliuso de substância vem se tornado algo comum. A droga mais consumida na gravidez era o tabaco e álcool, porém, o consumo de substâncias ilícitas avançou e existe pouco tratamento durante o pré-natal, aumentando as complicações maternas infantis. Estima-se que aproximadamente 20% das mulheres, façam uso regular de algum tipo de droga de abuso durante a gravidez, muitas não admitem o uso, de substâncias ilícitas. Na fase crônica do uso, elas têm pouca aderência ao pré-natal, permanecendo escondidas na sociedade. (MARANGONI et.al 2017, p.1).

Como demonstra as pesquisas as mulheres que já consumiam alguma substância antes da gravidez, tendem a permanecer ou aumentar o uso devido as dificuldades enfrentadas, e busca pela fuga de tal situação, se sujeitam a alternativas perigosas para manter o consumo.

Maragoni, et.al (2017) afirma que:

Os estudos são deixados de lado, pela mudança ocorrida na vida e uma maior procura pela droga. Estudos consideram o consumo entre adolescentes de álcool, cigarro e maconha, e outras drogas, fatores de risco para adolescentes e que geralmente estão relacionados ao baixo desempenho acadêmico, comportamento externalizante e tempo social não monitorado com amigos, desavenças e uso de drogas na família, ausência de vínculo empregatício, cada um dos quais, se relacionam prospectivamente com a manutenção do uso de drogas na idade adulta. Conseqüentemente, o envolvimento com a violência, tráfico de drogas e conflitos com a justiça. Elementos considerados fatores de vulnerabilidade ao uso de drogas. (MARANGONI et.al, 2017, p. 53).

Ressaltando que as relações conjugais e sociais possuem diretamente ligação com o uso de substâncias, principalmente voltado as mulheres, e como forma de trabalhar a autonomia, e reconhecimento da mulher quanto a devida posição tomada frente a violência, e ao uso, os serviços precisam estar conectados para garantia da proteção da mulher, conscientização quanto ao uso e suas

consequências, para que seja levantado a ela múltiplas faces daquilo que pode decorrer sua vida a partir dali. Sendo compromisso principalmente das políticas públicas, oferecer essa conscientização quanto a violência e relação com o uso de substancias.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o percurso da reforma psiquiátrica, e implantação do CAPS como política de estruturação da saúde mental, a assistência integral passou a ser vista como forma de cuidado ao tratamento dos usuários dos serviços, pautado, portanto, em se ter ações articuladas. No decorrer da pesquisa de desenvolvimento deste trabalho foi possível perceber que a articulação do CAPS/AD com a rede intersetorial tem sido desenvolvida a partir do PTS. Sendo articulada com os serviços já mencionados no trabalho, afim de elaborar estratégias de cuidado para o usuário, visando oferecer uma saúde integral em seu território, reconhecendo-os como centro da atenção.

Pode-se perceber também que existe uma dificuldade relacionada a elaboração e execução do PTS, voltadas à dificuldade de se reunir a equipe multiprofissional para discussões sobre a particularidade do caso clínico, e também quanto ao comprometimento do usuário e família diante do tratamento, se tornando um obstáculo para alcançar uma maior eficácia diante das ações estabelecidas.

Compreende-se que, para a elaboração e qualificação do PTS, é necessário um momento para compartilhar e integrar saberes da equipe multidisciplinar, tendo uma construção baseada nas particularidades do usuário, em que haja a centralização na pessoa e no seu contexto de vida. Para tanto, firma-se no exercício contínuo da escuta, atenção e luta pelos direitos dos usuários das políticas públicas, qualificando ações e humanizando os modelos assistenciais.

Apesar das dificuldades apresentadas, podemos ressaltar a importância dos CAPS como serviços substitutivos ao modelo asilar, e do PTS como instrumento de articulação com os demais serviços. Dispondo de ferramentas essenciais para continuação da desmistificação das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Consideramos, que a presença do psicólogo diante dessas ações se torna indispensável, pois contribui efetivamente para a reintegração destes indivíduos à sociedade, além da conscientização quanto a responsabilidade durante o tratamento e busca por melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 136p.

ARAUJO, D. E. *A rede de atenção às urgências no sistema único de saúde: uma análise por coordenadoria regional de saúde do estado do Rio Grande do Sul*. 2012. 130p. Monografia (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56835/000861351.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 set.2017

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 56-63, 2010.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. Apoio matricial: cartografando seus efeitos na rede de cuidados e no processo de desinstitucionalização da loucura. *Cadernos Humaniza SUS*, Porto Alegre, v.5, p.134, 2012. Disponível em: <http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_3bbfba853c2d46f0849825b375239965.pdf>. Acesso em: 27 nov.2017.

BRASIL. *Conceitos e Definições em Saúde*, 1977. Brasília: Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde: Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 23 nov.2017

BRASIL. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD. São Paulo, Anais, Universidade Federal de São Paulo, 2014.
Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf> Acesso em: 15 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011. *Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências*. Diário Ofi-

cial da União. Brasília, DF, 2011. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>
Acesso em 08 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>
Acesso em: 15 nov. 2017.

CARDOSO, R. M. M. *Só por hoje*: um estudo sobre narcóticos anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. 2006. 112p. (Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006. Disponível em:
<http://www.btdt.ndc.uff.br/tde_arquivos/6/TDE-2008-02-13T144658Z-1291/Publico/Dissert_CARDOSO_Ricardo_Muniz_Mattos.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios. Belo Horizonte: CRP, 2015. 89p. Disponível em:
<<http://www.crpmg.org.br/CRP2/Image/Cartilha%20CREPOP%20Impressa%CC%83o%2016-09.pdf>>. Acesso em: 20 set.2017

COSTA, P. V.; MAFRA, R. A.; BACHTOLD, I. V.. *O eixo de acesso a serviços e a ação Brasil Carinhoso do Plano Brasil sem Miséria*. 2014.

DESCHAMPS, A. L. P.; RODRIGUES, J. Política de Saúde Mental e Projeto Terapêutico Singular. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.8, n.17, p.78-92, 2016.

FRAGA. C. A. Peculiaridades do trabalho da polícia militar. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, v.5, n.6, 2006. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/pdf/3215/321527159007.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 2(2):5,48. Mar./Abr. 1998.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP* n. 22, 2001, p. 102-110.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da Política de Saúde Mental a Partir dos Projetos Terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 18(2): 241-8, 2009 Abr-Jun.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.35-45, nov./dez. 2000. Disponível em:
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931> > Acesso em 26 set. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.6, n.2, p.31-46, ago./dez. 1997.

LARENTIS, C. P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. *Aletheia* 37, p.121-132, jan/abr.2012 Disponível em:
<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a09.pdf>> Acesso em: 20/11/2017.

LEAL. B. M.; ANTONI, C. Os centros de atenção psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinar e intersetorialidade. *Aletheia*. Canoas, n.40, 2013. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MÂNGIA, E. F. et al. A construção de projetos terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago., 2006.

MEDEIROS, P. F. P. et al. 2016. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>> Acesso em: 16 nov.2017

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Sistema Único de Assistência Social. Proteção Social Básica. Orientações técnicas: centro de referência de assistência social – CRAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72p. Disponível em:
<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf>. Acesso em:04 out.2017

MOREIRA, LMC. *Centros viva vida de referência secundária: um estudo de caso da atenção pediátrica*. 2010. Tese de Doutorado. Dissertação (mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

OLIVEIRA, G. N. *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde*. 2007. 202 p. Monografia (Saúde coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em:

<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunes_de_M.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Ribeirão Preto, v.8, n.15, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v.12, n.1, p.114-127, jan./jun. 2013.

RASCH, S.S; ANDRADE, N.A. Mulheres e o uso abusivo ou dependente de drogas: quais os efeitos dessas substâncias em suas vidas na contemporaneidade? In: XVI

CONGRESSO NACIONAL ABRAPSO. 2011. Disponível em:

<<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czo0OilyNzI1IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6IjYyTihOGZmMDFhMjQyN2U3MDYwNTUwYzgxOTU5MWIxljt9>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SANTOS, M. R. R. O caminho se faz ao caminhar: o consultório na rua frente aos usuários de álcool e outras drogas. 2015. 17p. Trabalho de Conclusão de Curso (Terapia Ocupacional) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SÁ-SILVA, J. R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Julho de 2009.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. soc. soc*, n. 118, p. 366-393, 2014

SILVA, A. J. F. *APAC – Associação de proteção e assistência ao condenado*. *Dom Total*. Disponível em: <<http://domtotal.com/direito/pagina/detalhe/25521/apac-associacao-de-protacao-e-assistencia-ao-condenado>>. Acesso em: 05 out. 2017.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 17(2):197-202, 2013.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O.; MACEDO, J.Q. Problemas de uma casa chamada serviço: buscando novas perspectivas de morada para portadores de transtorno mental grave In: SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização*. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SOUZA, G. C. A. Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009. 115p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17054/1/GeorgiaCAS.pdf>>. Acesso em: 07nov.2017

TEIXEIRA, C.F e PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 34(6):63-80, Nov. Dez. 2000.

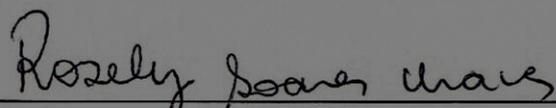
APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

Eu ROSELY SOARES CHAVES, responsável pelo CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS (CAPS/AD), autorizo a realização do estudo “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO VIA DE ARTICULAÇÃO DE UM CAPS/AD, DO NORDESTE DE MINAS GERAIS, COM A REDE INTERSETORIAL”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informada pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Teófilo Otoni, 07 de Agosto de 2017.



Assinatura e carimbo do responsável institucional

Rosely Soares Chaves
coord. saúde mental
CRP 04/35883 4ª Região
PSICÓLOGA

PESQUISADORES:

NOME	DOCUMENTO	E-MAIL
Carlos Roberto Schütte Junior	837.299.096-49	carlos.schuette@yahoo.com
Lara Viana Andrade	121.119.126-54	lara.psic@outlook.com
Tathiane Honório Schuffner	114.480.346-20	tatischuffner@hotmail.com
Thalita Guimarães Xavier	120.054.756-02	thalita_xavier@outlook.com

APÊNDICE B - FORMULÁRIO

FORMULÁRIO

1) Sexo:

Feminino () Masculino ()

2) Idade:

18 – 22 () 23 -27() 28- 32 () 33-37 ()
 38 – 42() 43-47() 48 - 52 () 53 - 57() 58-62()
 63 - 65()

3) Escolaridade

Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior ()

4) Estado Civil

Solteiro () Casado () Divorciado () União Estável () Viúvo ()

5) Tipo de Substância Psicoativa Usada:

Álcool () Crack () Maconha () Cocaína ()

6) Ano de entrada no serviço:

2013 () 2014 () 2015 () 2016 () 2017 ()

7) O Projeto Terapêutico Singular consta no prontuário?

() Sim () Não

8) É acionado algum dispositivo da rede intersetorial como forma de articulação?

() Sim () Não

8.1) Qual (is) ?

NASF () CREAS () CRAS () ESF ()
 Consultório na rua () Centro POP () UPA ()
 SAMU ()

9) Quais unidades são mais acionadas nessa articulação?

NASF () CREAS () CRAS () ESF ()
 Consultório na rua () Centro POP () UPA ()
 SAMU ()

ANEXO 1 – MODELO PADRÃO DO PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS - AD

Secretaria Municipal de Saúde –
Núcleo de Redes de Atenção à Saúde

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Data de Entrada:	Hipótese Diagnóstica:
------------------	------------------------------

Origem do encaminhamento (Local e Profissional que encaminhou):
--

Referência Técnica:

1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____ DN: ___/___/___

Sexo: () M () F Estado Civil: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____

Renda/benefício () sim _____ () Não Tel: () _____ Endereço:

_____ Nº _____ Bairro: _____

() Sem residência Fixa () Morador em situação de rua () Outros

Referência Familiar	
Nome:	Contato

Histórico Psiquiátrico:

Uso contínuo de medicação: () Sim () Não

Medicamentos em uso: _____

Comorbidades: _____

Tipo de acompanhamento:

() acompanhamento pela ESF () Demanda espontânea () PSF () Hospital psiquiátrico () CRAS () CREAS () Conselho Tutelar () Consultório de rua ()

Outros _____

Observações: _____

2) Avaliação de autonomia do paciente:

Índice de autonomia	Risco físico	Risco mental	Risco social
1	Problema físico	Transtorno mental	Situação de rua ()

	incapacitante ()	incapacitante ()	
2	Problema físico grave, mas não incapacitante. ()	Transtorno mental grave, mas não incapacitante ()	Dorme em abrigo ou albergue ()
0	Sem doenças físicas graves ()	Sem patologias mentais grave ()	Dorme em repúblicas ou superior a albergue ()

As somas dos índices acima definirão as ações da equipe conforme escore abaixo:

- **5 a 6** – Caso discutido só em reunião de equipe ()
- **3 a 4** – Discutir caso com equipe de apoio da ESF (RAPS, CREAS, CRAS, Conselho Tutelar, Promotoria...) ()
- **0 a 2** – Discutir caso em reunião ampla de abordagem conjunta ()

Observações:

2.1 – Perspectivas do paciente mediante o tratamento:

3) Plano de Intervenções Sumárias

4) Definição de metas- Equipe Multiprofissional e paciente (planejamento das intervenções do PTS conforme avaliação realizada)

Competências familiares	Fragilidades	Potencialidades	O que fazer	Visitas Domiciliares
Dinâmica familiar				
Contexto sócio econômico				
Impacto do problema atual familiar				

Curto prazo:

Médio Prazo:

Longo Prazo:

Observações: _____

5) Tipo de atendimento do paciente:

() Atendimento Intensivo (atendimento diário, grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar).

() Atendimento Semi – Intensivo (o usuário do serviço pode ser atendido até 12 dias no mês. Oferecido quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.

() Atendimento Não-Intensivo (quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Estimativa do tempo de Tratamento:

() 3 meses () 3 meses a 12 meses () outros _____

Atividades terapêuticas Indicadas:

Terapias	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Observações
Oficinas						
Grupos						
Passeios						
Projetos						
Outras intervenções						

6) Tipo de Alta: () Alta por abandono () Alta a pedido () Alta melhorada () Transferência para outro município\Estado _____ () Óbito

Data: ____/____/____